

Les métastases orales

(A propos de trois cas)

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Yves D'ARCIS

de

Genève

Thèse No 3422

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1974



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545917_0018

Les métastases orales

(A propos de trois cas)

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Yves D'ARCIS

de

Genève

Thèse No 3422

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1974

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur André Montandon, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 21 novembre 1974

Le doyen :
William Geisendorf

Thèse No 3422



Que le professeur A. Montandon trouve ici l'expression de ma vive gratitude pour avoir accepté de diriger et de présenter cette thèse à la Faculté de médecine de Genève. Il a, par ses conseils et son expérience, contribué à l'élaboration de ce travail qui sera pour moi l'accomplissement et le souvenir d'une année fructueuse passée à la Clinique universitaire d'oto-rhino-laryngologie de Genève.

J'adresse également mes remerciements les plus vifs :

- au docteur W. Lehmann qui a inspiré ce travail;
- au docteur J.-J. Widmann, Département de pathologie, pour sa contribution à la partie histologique de cette étude.

A MES CHERS PARENTS

PLAN DE TRAVAIL

- I Introduction
- II Casuistique
- III Revue de la littérature
 - 1. Siège de la tumeur primitive
 - 2. Localisation des métastases
 - 3. Symptomatologie
 - 4. Diagnostic différentiel
- IV Discussion de nos cas
- V Conclusion
- VI Bibliographie

I. INTRODUCTION

Les métastases buccales des cancers localisés à distance sont inhabituelles et ne représentent que 1 % des cancers oraux.

La première publication d'un tel cas remonte à 1858 où Forster décrit un envahissement de la langue par une métastase d'un carcinome pulmonaire.

De 1858 à 1953, la littérature médicale ne rapporte que des cas isolés et ce n'est qu'en 1954 que Castigliano et Rominger rassemblent 176 cas récoltés de 1902 à 1953, auxquels s'ajoutent leurs 7 cas personnels, permettant ainsi de tirer les premières statistiques intéressantes sur un sujet peu connu.

Au fil des années, des auteurs ont repris ce problème et apporté à notre connaissance de nouveaux cas (Cash, Quentin et Dahlin, 1961; Clausen et Poulsen, 1963; Bernstein, Montgomery et Balogh, 1966; Brabant et Demoulin, 1967; Guerrier et Chiota, 1974).

Il est intéressant de noter que le cas décrit par Forster représente, en plus de sa valeur historique, un intérêt particulier puisqu'il s'agit d'une métastase située dans un tissu mou de la cavité buccale et que cette localisation ne se retrouve que dans 1 %₀ des cas comme le montrent les études de Robinson et Stuteville (1962), Meyer et Shklar (1965), Demoulin (1966) et de Hatzioikis, Constantinidou et Papanayotou (1973).

Le but de ce travail est de présenter 3 nouveaux cas de métastases orales observés en vingt ans à la Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.

II. CASUISTIQUE

Observation N° 1 : Monsieur K., 1903, est un patient qui n'a jamais eu recours aux médecins, jusqu'au jour où il se coupe la lèvre supérieure en se rasant. Le surlendemain, la plaie s'étant un peu infectée, il consulte une Permanence Médicale qui le traite par des injections de Pénicilline pendant 3 jours. Il continue à travailler sans poursuivre son traitement. Une semaine plus tard, une péjoration de l'état local motive l'hospitalisation dans le Service d'O. R. L.

A l'entrée, le patient est en bon état général, afébrile. Le status des différents systèmes est sans particularité, mises à part deux petites adénopathies, sous-maxillaire et latéro-cervicale droites.

Au niveau de la lèvre supérieure, on note une grosse masse, de la taille d'une noix, non fluctuante, indolore, rouge violacée, mal délimitée, s'étendant à l'entrée des fosses nasales (Fig. 1). La mobilité de la lèvre supérieure est conservée.

Formule sanguine à l'entrée:

Globules rouges	: 4.000.000 / mm ³
Hémoglobine	: 80 %
Globules blancs	: 12.000 / mm ³ avec répartition normale

Urines et chimisme sanguin dans les limites normales.

Traitement instauré : Erythromycine (1,5 g/j), Terramycine pommade localement et 3 séances de radiothérapie de 100 rads. Une incision de la lésion ne ramène pas de pus. Un prélèvement bactériologique, fait à ce moment, révèle la présence de staphylocoques dorés et de levures du genre *Cryptococcus*.

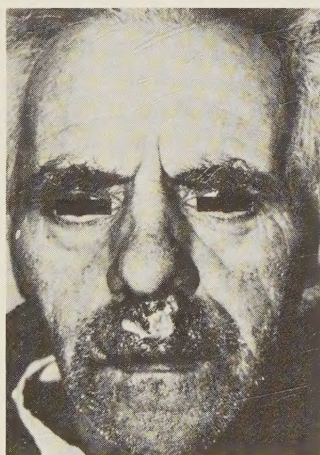


Fig. 1 Cas N° 1. Malade vu de face

On ne constate aucune amélioration du status local sous antibiothérapie générale et locale. Une biopsie est alors pratiquée : elle montre une tumeur à cellules claires, à large protoplasme, tumeur dont le stroma est télangiectasique. Il y a de larges nécroses fibrinoïdes.

Diagnostic histologique : Tumeur à cellules claires, pouvant évoquer une métastase d'un hypernéphrome (fig. 2 et 3).

Des examens complémentaires sont alors pratiqués. L'urographie montre un rein droit fortement augmenté de volume. Le pôle inférieur a un aspect sensiblement normal tandis que la moitié supérieure est transformée en une grosse masse, dont les contours ne sont que partiellement visibles. Les calices supérieurs ne sont jamais bien délimités et la base du groupe des calices supérieurs est nettement amputée. Le groupe des calices moyens est comprimé et refoulé vers le bas. Les calices inférieurs sont sensiblement normaux. En conclusion, il s'agit vraisemblablement d'une tumeur rénale ou surrénalienne.

Le bilan radiologique osseux montre 2 images suspectes au niveau de la calotte crânienne, sur le cliché de face, et une suspicion de destruction au niveau du dorsum sellae, sur le cliché de profil. Il existe en plus, des images évocatrices de métastases au niveau de D8, L1 et du gril costal. Une radiographie du thorax montre, au niveau des 2 plages pulmonaires, de nombreuses taches peu opaques, bien délimitées, de forme arrondie et de taille variable, localisées surtout au niveau de la moitié inférieure des 2 plages pulmonaires. Ces images sont très suspectes de métastases.

On assiste à une lente dégradation de l'état général du patient. Le volume de la tumeur de la lèvre supérieure augmente inexorablement. Le patient décède de cachexie avancée sans avoir présenté de symptomatologie clinique en rapport avec la tumeur primitive.

Diagnostic anatomo-pathologique : Carcinome à cellules claires du pôle supérieur du rein droit. Pénétration dans le bassin et thromboses rénales.

Métastases du rein gauche, pulmonaires, pleurales, hépatiques, gastriques, de l'intestin grêle et paratrachéaux, des muscles de la fesse gauche, du péricarde pariétal, de la calotte crânienne (frontal droit), de la colonne vertébrale (D8 et L1), du cerveau (frontal et occipital gauches) et de l'hémisphère cérébelleux gauche.

Métastase bourgeonnante de la lèvre supérieure.

Thromboses tumorales des veines pulmonaires et infiltration des bronches.

Faible dilatation du coeur gauche.

Artériosclérose modérée.

Cachexie.

En résumé, ce patient est entré dans notre Service avec une lésion de la lèvre supérieure, posant le diagnostic différentiel d'une infection non spécifique : furoncle, sycosis, actinomycose, mycose ou tumeur.

Devant l'absence de réponse aux différents traitements antibiotiques et une symptomatologie très pauvre, la biopsie nous a guidé vers un diagnostic probable de cancer à cellules claires du rein, diagnostic qui a été confirmé par l'autopsie.



Fig. 2 Cas N° 1. Métastase labiale sous-muqueuse d'un carcinome rénal à cellules claires HE 50x.

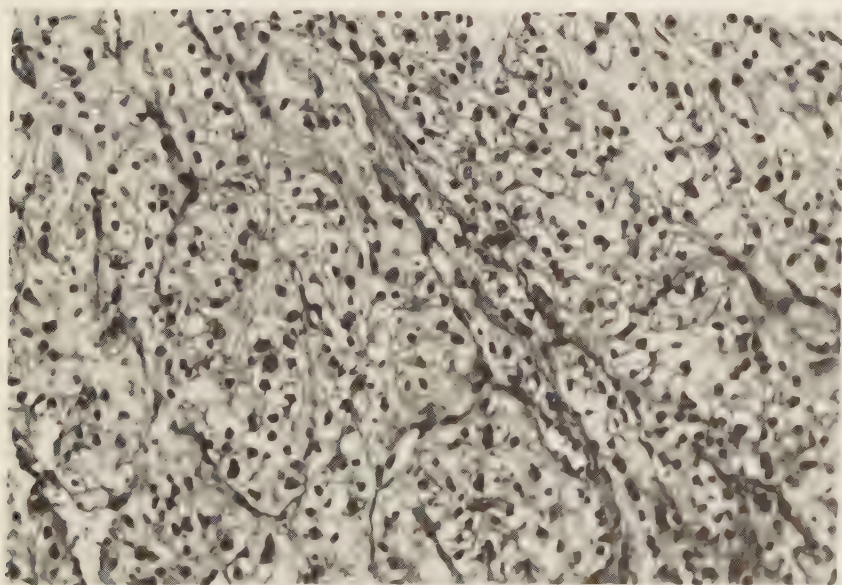


Fig. 3 Cas N° 1. Détail : présence de nombreuses cellules claires HE 120x.

Observation N° 2 : Monsieur G., 1911, est un patient de 62 ans ayant toujours joui d'une bonne santé.

En été 1973, il se plaint de douleurs de la hanche gauche, exacerbées par la marche et la charge. Un traitement anti-inflammatoire le soulage modérément.

D'autre part, le patient signale "une petite boule de peau bourgeonnante" sur le bord alvéolo-dentaire du maxillaire supérieur, à l'emplacement des incisives, extraites quelques années auparavant (fig. 4). Cette boule, apparue en août, saigne facilement et se révèle très douloureuse à la palpation. Le patient est alors adressé à un dentiste par son médecin-traitant et une biopsie est pratiquée.

Résultat histologique : Tissu tumoral constitué de cellules claires en nids, et intriqué par place, par une fibrose particulière. Le diagnostic différentiel se pose entre :

1. Un xanthofibrome de la gencive avec des atypies
2. Une tumeur à cellules claires provenant des glandes salivaires
3. Une tumeur métastatique d'origine rénale (fig. 5 et 6).

On effectue ensuite une urographie intra-veineuse qui montre une masse intra-rénale dans le rein gauche, au niveau de sa partie moyenne, refoulant les cavités vers le haut et vers le bas, ainsi que la cavité pyélique, vers la ligne médiane. La délimitation de cette masse, dans sa partie supéro-externe, est imprécise et on note, à ce niveau, quelques calcifications.

Devant ces résultats, le patient est hospitalisé en octobre 1973 dans le Service de la Clinique Médicale Thérapeutique pour investigations.

On se trouve, à l'entrée, en face d'un patient en mauvais état général, amaigri.

Au status systémique, le foie est augmenté de volume et dépasse de 4 travers de doigt le rebord costal. L'articulation coxo-fémorale gauche est douloureuse à la palpation et à la mobilisation.

A l'examen de la cavité buccale, on note une lésion bourgeonnante sur la partie antéro-médiane du palais. La palpation du rebord gingival supérieur est douloureuse.

Examens de laboratoire :

VS : 45 à la première heure

Hb : 12,9 g %

GR : 3.770.000 / mm³

GB : 6990 / mm³, avec 25 % de neutrophiles non segmentés.

Thrombocytes : 332.000 / mm³

Tout le chimisme sanguin est dans les limites de la normale, en particulier, le calcium total, le phosphore et la phosphatase alcaline.

L'examen des urines est normal.

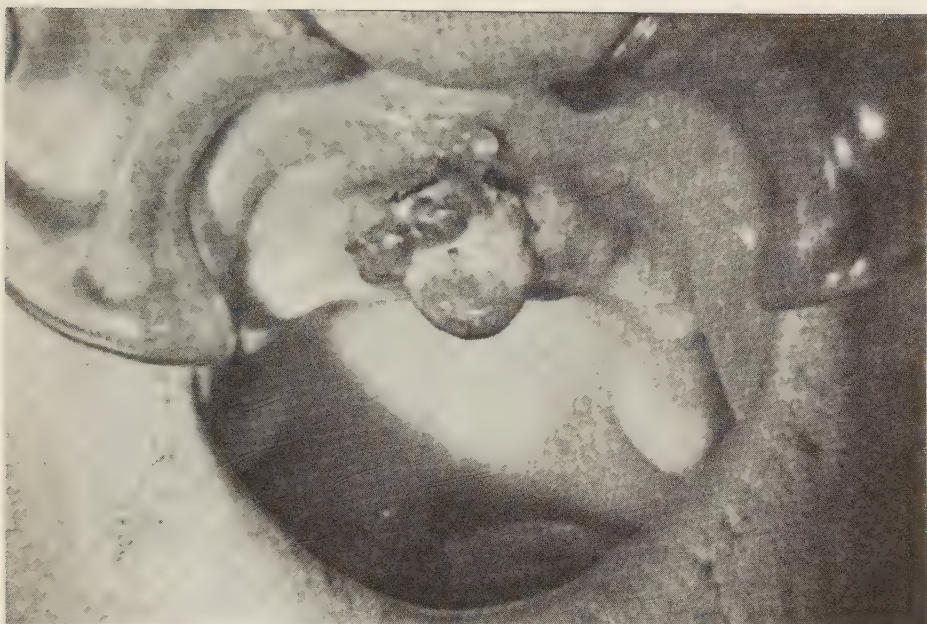


Fig. 4 Cas N° 2. Tumeur du rebord
alvéolo-dentaire
supérieur

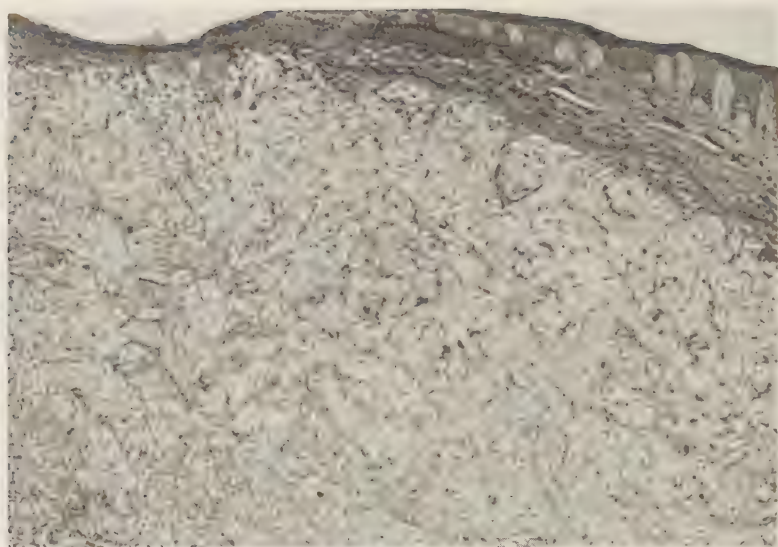


Fig. 5 Cas N° 2. Microphotographie de la métastase du rebord alvéolaire supérieur. La masse tumorale métastatique soulève la muqueuse qui est ulcérée en haut à gauche. HE 20x.

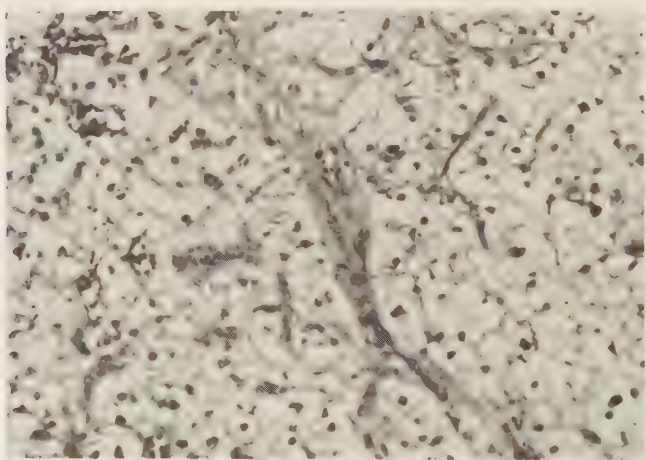


Fig. 6 Cas N° 2. Détail montrant les cellules claires qui constituent la masse tumorale métastatique. L'aspect histologique doit faire suspecter un carcinome rénal à cellules claires. HE 120x.

Un bilan osseux montre une image compatible avec une métastase au niveau de la branche ischio-pubienne droite et des images suspectes au niveau de L2 et dans la région trochantérienne gauche.

L'artériographie sélective rénale gauche du tronc coeliaque, de la mésentérique supérieure et de l'aorte abdominale montre une hypervascularisation pathologique intéressant la partie surtout centrale du rein gauche, sous forme de petits vaisseaux désordonnés, dépassant vraisemblablement la capsule, respectant simplement le pôle inférieur : vascularisation compatible avec une tumeur de type hypernéphrome. L'aortographie abdominale, dans sa phase initiale, met en évidence une image métastatique hépatique probable, mesurant 4 x 4 cm, se projetant à la hauteur paravertébrale droite de L3 (fig. 7 et 8).



Fig. 7 Cas N° 2. Artériographie sélective rénale gauche montrant une hypervascularisation de la partie moyenne du rein.



Fig. 8

Cas N° 2. Artériographie du tronc coeliaque :
foie agrandi et métastase hépatique

Biopsie du foie : stéatose hépatique modérée, avec absence de métastase dans les coupes.

Hépatogramme : à part une hépatomégalie, pas d'indice en faveur d'un processus expansif intra-hépatique.

Le patient a reçu une irradiation conventionnelle palliative et antalgique de 2250 rads, sur un champ ischio-pubien gauche.

Une progression de la lésion gingivo-osseuse du rebord alvéolo-dentaire médian supérieur, rendant l'alimentation difficile et douloureuse, motive un transfert dans le Service d'O. R. L. (Professeur A. Montandon), dans le but de pratiquer un traitement symptomatique (exérèse ou cryothérapie). Les radiographies du rebord alvéolaire supérieur montrent une lacune paramédiane droite bien délimitée, paraissant suspecte d'infiltration tumorale. L'intervention consiste en une exérèse de la tumeur, avec une baguette osseuse du maxillaire supérieur, sur lequel elle était implantée. On constate sur la ligne médiane une petite cavité creuse dans l'os, ne correspondant pas du tout à l'image d'une résorption osseuse vue sur les clichés, mais plutôt à une alvéole dentaire évidée. Egalisation à la fraise de la surface osseuse de l'arcade dentaire et fermeture de la plaie opératoire par un lambeau pédiculé de muqueuse jugale (fig. 9).

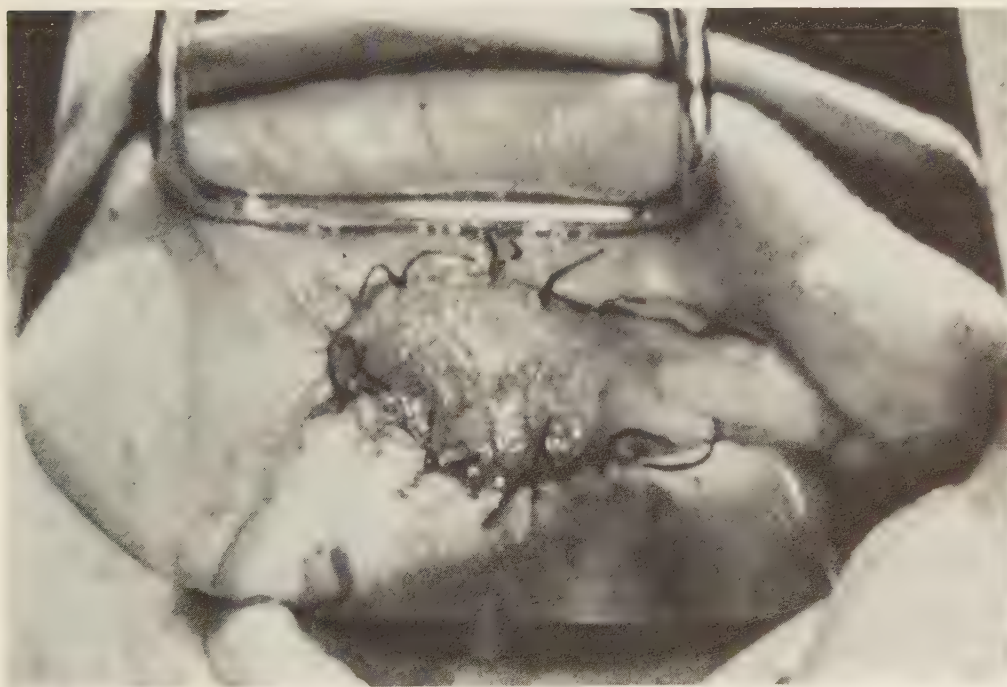


Fig. 9

Cas N° 2. Plastie par un lambeau pédiculé de muqueuse jugale.

Le diagnostic histologique confirme la présence d'une métastase gingivale d'un carcinome à cellules claires, avec invasion de l'os sous-jacent.

Le patient se plaint de plus en plus de douleurs au niveau de la hanche gauche. Les radiographies montrent une importante progression de la métastase du massif trochantérien gauche, avec un arrachement du petit trochanter. Le 6 décembre, à la suite d'un mouvement de petite amplitude, la fracture se complète (fig. 10 et 11). Les orthopédistes immobilisent la jambe gauche par une extension collée et se proposent de procéder à une arthroplastie palliative de la hanche gauche. Une péjoration rapide de l'état général rend toute intervention impossible. Le malade décède le 21 décembre 1973.

Résultat anatomo-pathologique

Diagnostic : carcinome rénal à cellules claires.

- a) Tumeur du rein gauche (350 g), plurifocale, hémorragique et nécrotique envahissant la capsule.
- b) Métastases :
 - rénales controlatérales
 - hépatiques
 - osseuses (fémorale gauche, avec fracture pathologique, vertébrales L2 et D9 et ischio-pubienne droite)
 - surrénalienne droite
 - 4 métastases cérébrales, dont 2 hémorragiques, avec oedème collatéral frontal droit.

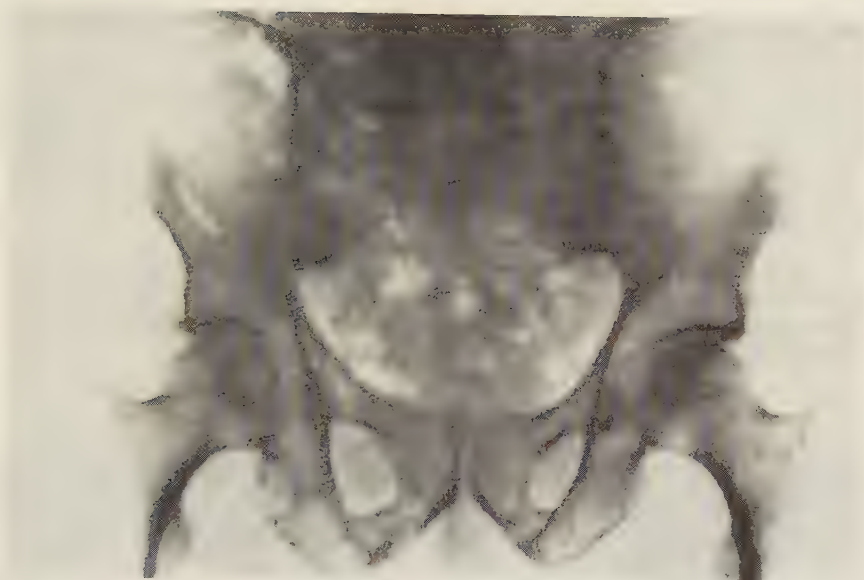


Fig. 10. Cas N° 2. Métastase de la branche ischio-pubienne droite.



Fig. 11 Cas N° 2. Fracture pathologique du massif trochantérien gauche.

Observation N° 3 : Monsieur S., 1909, a été opéré d'un rhabdomyosarcome de la fesse droite, puis irradié en janvier 1973 à Paris (Dr. Aboulker).

Il est suivi au Centre d'Onco-hématologie du Département de Médecine de Genève (Dr. P. Alberto) et hospitalisé du 20.10.1973 au 31.10.1973. On constate à ce moment l'apparition de métastases pulmonaires multiples et une suspicion d'embolie pulmonaire. Mise à part une radiodermite, la lésion de la fesse est totalement guérie. Vu l'importante dissémination pulmonaire, on ne propose aucun traitement.

En janvier 1974, le patient est à nouveau hospitalisé pour une douleur de la hanche gauche et l'apparition, depuis 10 jours, d'une petite verrue, à croissance rapide, sur le bord droit de la langue, très douloureuse et empêchant le patient de manger normalement.

Le patient est examiné par le Professeur A. Montandon (Clinique Universitaire d'O. R. L.) : Dans la cavité buccale, on note sur la pointe de la langue, du côté droit, la présence d'une petite tumeur violacée, du volume d'une noisette, pédiculée, de consistance rénitente, non ulcérée, sans aucune infiltration linguale à ce niveau. Plus en arrière, dans la région moyenne, on constate une rhagade à la face supérieure de la langue, près du bord droit, qui, à la palpation, présente une collerette indurée (fig. 12).

Le pharynx est sans particularité; en laryngoscopie indirecte, paralysie récurrentielle droite.

A la palpation de la région cervicale, on ne constate pas d'infiltration. Les tissus sont souples et la crépitation laryngée présente.

Etant donné le contexte d'un rhabdomyosarcome opéré et irradié précédemment, les lésions constatées au niveau de la cavité buccale sont sans doute d'origine métastatique, bien qu'une telle localisation soit exceptionnelle. L'existence de métastases pulmonaires exclut toute thérapeutique radicale. Dans ces conditions, il est proposé au patient une exérèse de la tumeur pédiculée de l'extrémité de la langue, par section diathermique. Le 15.1.1974, après anesthésie locale, on circonscrit la tumeur par une incision au bistouri électrique. Elle se laisse cliver sans difficulté de la musculature linguale, qui ne paraît pas infiltrée à ce niveau.

Résultat anatomo-pathologique

Macroscopie : Une masse nodulaire de consistance élastique, à surface régulière, de 17 x 14 x 11 mm.

Histologie : Tumeur sarcomateuse qui devient très myxoïde en surface, avec passablement de lymphatiques dilatés. La tumeur est plus densément cellulaire près de la base d'insertion. Les cellules tumorales sont souvent fusocellulaires. Il y a de grossières atypies et un certain nombre de cellules multinucléaires. Aux colorations spéciales, on devine quelques ébauches de striation dans la partie protoplasmique de cellules atypiques.

Diagnostic : Rhabdomyosarcome embryonnaire (type botryoïde) de la langue (fig. 13 et 14).

L'évolution du cas permet de conclure à une métastase probable du rhabdomyosarcome de la cuisse, opéré en février 1973.



Fig. 12 Cas N° 3. Tumeur pédiculée de la langue avec, postérieurement, une petite ulcération.

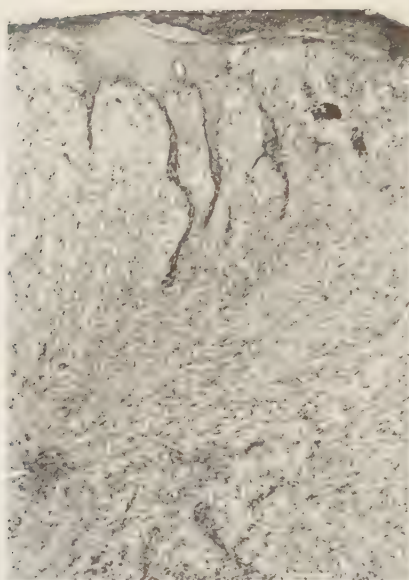


Fig. 13 Cas N° 3. Microphotographie de la métastase linguale d'un rhabdomyosarcome. La masse tumorale est ulcérée en haut à droite. HE 20x.

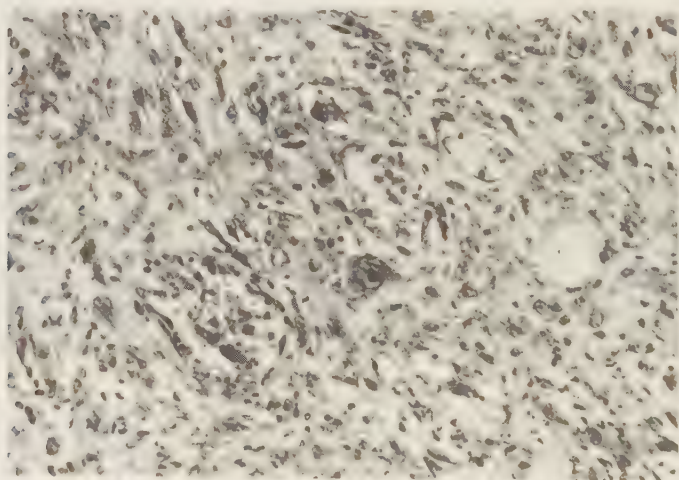


Fig. 14 Cas N° 3. Détail montrant la structure typiquement sarcomateuse de la tumeur. Une cellule tumorale géante est visible au centre de la photo. HE 120x.

III. REVUE DE LA LITTÉRATURE

A la suite de la présentation de nos trois cas, nous voulons reprendre quelques données de la littérature à ce sujet pour en dégager les points suivants :

1. Siège de la tumeur primitive
2. Localisation des métastases
3. Symptomatologie
4. Diagnostic différentiel

1. Siège de la tumeur primitive

Clausen et Poulsen (1963) ont étudié 92 cas de 1884 à 1961, auxquels s'ajoutent leurs 5 cas personnels, de carcinomes métastatisant aux maxillaires, en adoptant, pour le choix des cas, 4 critères précis qui permettent d'éliminer les cas captieux :

- a) La tumeur primaire doit être prouvée histologiquement.
- b) Les métastases maxillaires ou mandibulaires doivent être prouvées histologiquement.
- c) Il doit exister une corrélation histologique entre les points a) et b).
- d) La tumeur primitive ne doit pas être contiguë à la métastase.

Siège de la tumeur primitive (97 cas)

Tumeur primitive	Nbre de cas	%
Sein	30	30,9
Poumon	17	17,5
Rein	15	15,5
Thyroïde	6	6,2
Côlon et rectum	6	6,2
Prostate	6	6,2
Melanocarcinome	5	5,2
Estomac	5	5,2
Testicule	3	3,1
Vessie	1	1,0
Foie	1	1,0
Utérus	1	1,0
Ovaire	1	1,0
TOTAL	97	100,0

Castigliano et Rominger (1954), puis Gardner (1964) obtiennent des résultats différents. Les premiers placent la thyroïde en première position alors que Gardner la place après le sein. Ces divergences s'expliquent en partie par le fait que ces auteurs n'ont pas suivi des critères de choix aussi précis que ceux de Clausen et Poulsen et que d'autre part certains cas cités par les uns ont échappé aux autres et réciproquement.

Il n'en demeure pas moins qu'il existe cinq organes métastatisant le plus fréquemment dans les maxillaires qui sont le sein, la thyroïde, le rein, le poumon et la prostate.

Ces résultats ne nous étonnent guère puisque, selon les études de Geschickter et Copeland (1936), de Walther (1948), de Abrams, Spiro et Goldstein (1950), ce sont les organes qui métastatisent le plus volontiers dans l'os.

Meyer et Shklar (1965) ont examiné, sur une période de 12 ans, 2400 carcinomes épidermoïdes de la bouche et n'ont retrouvé que 25 cas de tumeurs métastatiques, toutes localisées aux maxillaires, sauf trois qui touchaient les tissus mous. Brabant et Demoulin (1967) rapportent 332 cas de tumeurs métastatiques recueillis dans la littérature jusqu'en 1967, dont 296 étaient localisés à la mâchoire et seulement 36 aux tissus mous.

Entre 1945 et 1970, Hatziotis et coll. (1973) ne retrouvent que 48 cas de cancers métastatisant aux tissus mous de la cavité buccale, répartis de la manière suivante :

Poumon	14	Peau	2
Rein	6	Pancréas	1
Estomac	4	Sein	1
Organes gén. fém.	4	Pharynx	1
Organes gén. masc.	3	Intestin	1
Oesophage	3	Rétine	1
Foie	3	Indéterminé	2
Membre inférieur	2		

2. Localisation des métastases

a) Aux maxillaires

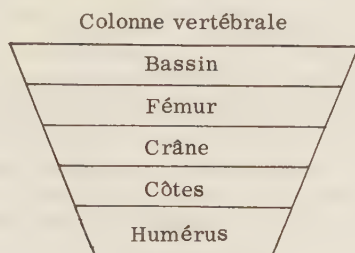
L'atteinte métastatique des maxillaires est rare par rapport à celle d'autres structures osseuses telles que les vertèbres, le bassin ou le fémur. L'explication peut nous être fournie par l'hypothèse suivante généralement admise (Cayla, Arthaud et Coste, 1963; Batsakis et Mc Burney, 1971).

L'invasion néoplasique emprunte les deux courants, lymphatique ou hémotogène. Faute de lymphatiques dans la moëlle osseuse, la dissémination est essentiellement veineuse et se fait sous forme de micro-embolies tumorales. La formation d'une métastase osseuse dépendrait donc en partie de la présence de moëlle rouge dans laquelle les structures vasculaires à parois minces offrent un siège d'implantation et de prolifération favorable pour les embolies néoplasiques.

L'atteinte peu fréquente des maxillaires s'explique par la pauvreté physiologique en moëlle rouge dans le groupe d'âge le plus susceptible d'être atteint par un carcinome. Box (1935) constate, après avoir examiné une série de mandibules, que seul le 25 % contient de la moëlle répartie en très petits flots.

D'après plusieurs auteurs, les lésions métastatiques le plus fréquemment rencontrées se situent dans les régions molaires inférieures et angulo-mandibulaires qui sont les plus riches en moëlle.

Dans l'étude de Geschickter et Copeland (1936), les 334 cas de métastases osseuses se répartissent, dans l'ordre décroissant, de la manière suivante :



Ils ne trouvent que trois envahissements des maxillaires.

Il faut, pour terminer, signaler une très nette prédominance de l'atteinte de la mandibule par rapport à celle du maxillaire ; le rapport est d'environ 5/1 comme le montre le tableau suivant :

	Cash, Royer, Dahlin, 1961	Champion 1964	Meyer et Shklar 1965	Gardner 1965
Mandibule	19	99	77	126
Maxillaire	1	18	17	24

b) Aux tissus mous de la cavité buccale

Nous nous référons à nouveau à l'étude très complète de Hatziotis et coll. pour présenter les localisations des métastases aux tissus mous de la cavité buccale. La répartition des 48 cas recensés dans la littérature de 1945 à 1970 se fait de la manière suivante :

Localisation métastatique	Nbre de cas	%
Muqueuse gingivale	22	45,8
Langue	12	25
Lèvre	9	18,8
Muqueuse buccale	3	6,2
Palais	1	2,1
Non spécifié	1	2,1

Ces résultats diffèrent de ceux de Brabant et Demoulin où, sur 31 cas d'atteinte des tissus mous, ils signalent 18 métastases linguales, 11 de la muqueuse buccale et 2 des lèvres.

3. Symptomatologie

Les principaux signes cliniques et symptômes des métastases localisées à la cavité buccale sont la douleur, la tuméfaction, l'anesthésie de la mâchoire et l'apparition d'un nodule.

Tant les auteurs américains que français insistent sur l'anesthésie mentonnière (Signe de Vincent pour ces derniers) qui est un symptôme méconnu, mais très souvent suspect d'une tumeur sous-jacente et pouvant se manifester plusieurs mois avant la découverte de la tumeur ou avant même l'apparition de douleurs. Il est intéressant de noter que le carcinome buccal primitif provoque beaucoup moins fréquemment que le carcinome métastatique une anesthésie labio-mentonnière (Cernea et Descrozaillies, 1944) ; il en est de même pour les algies dentaires d'origine indéterminée qui entraînent des extractions intempestives suivies d'hémorragies, de douleurs profondes ou d'affections alvéolaires (Vrebos et coll., 1961).

Champion (1964) a résumé la fréquence des symptômes constatés dans les métastases localisées aux maxillaires :

Tuméfaction	87 fois
Douleurs	49 fois
Anesthésie mentonnière	46 fois
Extraction	28 fois
Fracture spontanée	5 fois
Ulcération	4 fois
Hémorragie	3 fois

Selon tous les auteurs, la symptomatologie des tissus mous se résume généralement à une tumeur bourgeonnante, tendant à s'ulcérer rapidement et à devenir douloureuse.

4. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel d'une lésion métastatique de la cavité orale peut se poser entre :

- a) une infection osseuse mineure
- b) une ostéomyélite
- c) un granulome de l'os ou du tissu mou
- d) un kyste
- e) une tumeur bénigne
- f) une lésion inflammatoire d'origine bactérienne ou mycotique
- g) une tumeur maligne primitive
- h) des maladies systémiques touchant l'os ou les tissus mous (histiocytose X, etc)
- i) une ulcération d'origine traumatique, syphilitique, tuberculeuse ou carcinomateuse.

En fait, c'est le plus souvent la biopsie et l'examen histologique qui permettent d'arriver au diagnostic de tumeur métastatique.

IV. DISCUSSION DE NOS CAS

Nos deux premiers cas reflètent bien l'attitude déroutante du carcinome rénal à cellules claires (ou hypernéphrome). Les traités de médecine insistent généralement dans la symptomatologie de l'hypernéphrome sur la triade classique "hématurie, douleurs, masse palpable" ou sur celle de Voute "hématurie, fièvre, vitesse de sédimentation élevée" qui tend actuellement à se substituer à la première. En fait, ces "mythes didactiques" ne se retrouvent que dans moins de 10 % des cas (Haroud, 1972) et il faudrait un peu les oublier et insister plutôt sur le fait que l'hypernéphrome se manifeste d'abord par ses lésions à distance dans plus de 30 % des cas.

Notre première histoire clinique en est un bon exemple. Un patient, au passé médical vierge, se coupe la lèvre ; la guérison tarde malgré un traitement suivi pendant quelques jours et le patient nous est adressé ; nous nous trouvons devant une lésion bourgeonnante, un peu enflammée, avec des adénopathies et une leucocytose évoquant avant tout une pathologie infectieuse. Devant l'échec de notre traitement antibiotique et anti-inflammatoire, nous pratiquons une biopsie qui nous amène au diagnostic.

Le début de l'évolution du deuxième cas est sournois. Des douleurs de la hanche gauche chez un patient de 62 ans relevaient au premier abord d'une pathologie ostéo-articulaire. L'apparition quelques semaines plus tard d'une excroissance gingivale suspecte amène le médecin traitant à demander un examen dentaire. La biopsie pratiquée est à nouveau révélatrice et appelle des examens complémentaires qui conduisent au diagnostic de carcinome rénal à cellules claires.

Si l'atteinte unique des tissus mous de la région orale ne fait aucun doute dans notre premier cas, elle est discutable dans le second. Les premières radiographies et la première biopsie ne révélaient aucune atteinte osseuse par le tissu tumoral, alors que dans la seconde elle était manifeste. La première biopsie n'était peut-être que trop superficielle pour montrer des lésions osseuses et, devant l'absence de preuves histologiques formelles, il ne nous est pas possible de préciser si l'envahissement de l'os précédait ou suivait l'atteinte de la muqueuse gingivale.

Il n'en demeure pas moins que ces deux cas présentent un double intérêt :

1. Les lésions orales pour lesquelles les deux patients ont consulté leur médecin ont amené, après des investigations complémentaires au diagnostic d'une tumeur rénale.
2. La localisation métastatique à la lèvre et au maxillaire supérieur est rare si l'on se réfère à l'étude de Guerrier et coll. (1974) qui, dans la littérature de 1891 à 1973, n'ont retrouvé que 447 cas de métastases de cancer du rein dans la sphère ORL. D'après leur statistique, l'atteinte du maxillaire supérieur se retrouve dans 20 cas et celle de la cavité buccale (excepté la langue) dans 7 cas.

Dans notre troisième cas, la tumeur primitive était de nature différente, puisqu'il s'agissait d'un rhabdomyosarcome, et connue avant ses manifestations métastatiques.

L'incidence des tumeurs musculaires malignes est extrêmement faible. Le rhabdomyosarcome, dans l'ordre de fréquence des tumeurs malignes des tissus mous, se place en troisième position derrière les sarcomes dont l'histogénèse reste indéterminée et derrière les liposarcomes.

Bien que ce ne soit pas le but de ce travail, nous pensons utile de consacrer quelques lignes au rhabdomyosarcome qui nous permettront de mieux analyser notre troisième cas.

Comme le relève Stout et Lattes (1967), le rhabdomyosarcome est une tumeur maligne remarquable par le fait qu'elle présente deux variétés bien distinctes : l'une retrouvée presque exclusivement chez l'enfant, l'autre presque exclusivement chez l'adulte.

Classiquement, le rhabdomyosarcome se divise en quatre types histologiques :

1. Pléiomorphe (ou type adulte)
2. Embryonnaire (type juvénile)
3. Alvéolaire
4. Botryoïde

Cependant, la plupart des pathologues tend à penser actuellement que les types alvéolaire et botryoïde ne sont que des variantes du type embryonnaire.

Il faut noter encore une différence significative de localisation de la tumeur entre l'adulte et l'enfant comme nous le montre l'étude de Stout et Lattes sur 474 cas de rhabdomyosarcome recueillis entre 1906 et 1964 :

Siège de la tumeur	Rhabdomyosarcomes de type	
	adulte	juvénile
Membre supérieur	38)	15
Membre inférieur	90)	27
Thorax, face ant.	28)	5
Thorax, face post.	26)	11
Rétropéritoine, épiploon et mésentère	15	11
Médiastin	4	1
Orbite	0	26)
Tête et cou	12	67)
Tractus uro-génital	16	64)
Viscères et indéterminé	9	9
TOTAL	238	236

Les métastases disséminent habituellement par voie sanguine, moins souvent par voie lymphatique et envahissent le plus fréquemment les poumons.

Le rhabdomyosarcome est une tumeur extrêmement maligne. Stout relève que sur 121 cas, dont 108 reçurent un traitement, seuls 4 cas asymptomatiques furent observés pendant une période de 5 ans.

Le cas que nous avons présenté est celui d'un rhabdomyosarcome de la fesse droite ayant métastatisé aux poumons et à la langue chez un patient de 65 ans.

Comme nous venons de le voir, plus des 3/4 des rhabdomyosarcomes adultes sont situés dans les tissus mous du torse et des extrémités et métastatisent le plus volontiers dans les poumons. Jusque là, notre cas est "banal" puisqu'il présente ces deux caractéristiques. Il subsiste néanmoins deux points qui le distinguent de la majorité des rhabdomyosarcomes adultes :

1. Le type histologique : rhabdomyosarcome de type embryonnaire.
2. La présence d'une métastase linguale.

A ce propos, il est impossible de prouver formellement que la lésion linguale est bien métastatique et non pas une seconde tumeur primitive. Nous pouvons cependant étayer notre première hypothèse avec les arguments suivants :

1. L'évolution clinique : 9 mois après l'opération et l'irradiation de la tumeur primitive, le patient présente de multiples métastases pulmonaires et, 3 mois plus tard, une lésion linguale.
2. La corrélation histologique entre la tumeur primitive et la lésion linguale.
3. Selon Adams et coll. (1967), moins de 5 % des rhabdomyosarcomes touchent la langue, ce qui contraste avec l'incidence élevée des "myoblastomes" à cet endroit.
4. Il serait absolument exceptionnel qu'un patient, atteint d'une tumeur déjà rare, présente une seconde tumeur de même type.

C'est à dessein que nous n'avons pas parlé du traitement. En effet, une invasion de la cavité buccale n'est presque toujours que l'expression d'une dissémination métastatique importante dans le reste de l'organisme. C'est d'ailleurs ce que nous avons retrouvé dans nos trois cas et les traitements proposés à nos patients n'étaient que palliatifs, destinés surtout à éliminer une excroissance buccale douloureuse et très gênante lors de la mastication.

V. CONCLUSION

Nous avons voulu présenter dans ce travail trois nouveaux cas de métastases de la cavité buccale observés à la Clinique Universitaire d'Oto-rhino-laryngologie de Genève.

L'étude de la littérature et nos observations personnelles nous permettent de conclure par les remarques suivantes :

1. Les tumeurs métastatisant à la cavité buccale sont rares et plus rares encore sont celles qui métastatisent aux tissus mous de la cavité buccale puisqu'elles ne représentent que le un pour mille de tous les cancers oraux.
2. La découverte d'une lésion métastatique dans la région buccale est, dans plus de trente pour cent des cas, le premier signe révélateur d'un cancer généralisé.
3. Le pronostic est invariablement grave dans les cas de métastases orales et le traitement proposé ne peut être que palliatif.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Abrams, H.L., Spiro, R. and Goldstein, N. : Metastases in carcinoma. Analysis of 1'000 autopsied cases. *Cancer* 3 : 74 (1950)
2. Adams, R.D., Brown, D.D., and Pearsun, C.M. : Rhabdomyosarcoma, Diseases of muscle. A study in pathology. 473-479 (1967)
3. Albores-Saavedra, J., Martin, R.G. and Smith, J.L., Jr : Rhabdomyosarcoma : a study of 35 cases. *Ann. Surg.* 157 : 186-197 (1963)
4. Anderson, W.A.D. : Malignant renal tumors. *Pathology*, 5th ed., Vol. 1, 649-651 (1966)
5. Batsakis, J.G. and McBurney, T.A. : Metastatic neoplasms to the head and neck. *Surg., Gynecol. and Obst.* 133 : 673-677 (1971)
6. Bergstedt, M. and Herberts, G. : Hypernephrometastasis in the larynx. *Acta Oto-Laryng.*, Stockh., 54 : 95-97 (1962)
7. Bernier, J.L. and Tiecke, R.W. : Three rare oral tumors. *J. Oral Surg.* 9 : 161-165 (1951)
8. Bernstein, J.M., Montgomery, W.W. and Balogh, K. : Metastatic tumors to the maxilla, nose and paranasal sinuses. *Laryngoscope*, 76 : 621-650 (1966)
9. Box, H. : Marrow distribution in the mandibule. *Can. D. Res. Found. Bull.* 20 : 1 (1935)
10. Brabant, H. et Demoulin, J.P. : Les métastases buccales des cancers extra-oraux : étude de 332 cas. *Rev. Méd. Bruxelles*, 23 : 407-417 (1967)
11. Cash, C.D., Royer, R.Q. and Dahlin, D.C. : Metastatic tumors of the jaws. *Oral Surg., oral Med. and oral Path.*, 14 : 897-905 (1961)
12. Castigliano, S.G. and Rominger, C.J. : Distant metastasis from carcinoma of the oral cavity. *Amer. J. Roentgenol.*, 71 : 997 (1954)
13. Cayla, J., Arthaud, M. et Coste, F. : Métastases osseuses du cancer du rein chez l'adulte (à propos de 38 cas). *Sem. Hôp. Paris* 45 : 7, 2081-2098 (1963)
14. Cernea, P. et Descrozailles : Contribution à l'étude de la pathologie du nerf dentaire inférieur. *Rev. Stom.* 45 : 145 (1944)
15. Champion, P. : A propos de six observations de métastases de tumeurs malignes aux os maxillaires. Thèse de Paris (Imp. Foulon, Paris) (1964)
16. Childs, P. : Rhabdomyosarcoma of skeletal muscle. *Brit. J. Surg.* 37 : 230-234 (1942)
17. Clausen, F. and Poulsen, H. : Metastatic carcinoma to the jaws. *Acta Path. Microbiol. Scand.*, 57 : 361-374 (1963)

18. Demoulin, J.P. : Les métastases buccales des cancers.
Acta Stomatol. Belg. 63 : 245-283 (1966)
19. Douniau, R. et Petit, P. : Propos sur de nouveaux cas de métastases buccales de cancers extra-oraux. Acta Stomatol. Belg. 66 : 67-87 (1969)
20. Edwards, W.G. : Epistaxis from metastatic renal carcinoma. J. Laryng. Otol. 1 : 96-102 (1964)
21. Eneroth, C.M., Martensson et Thulin, A. : Epistaxis importante dans les métastases d'hypernéphromes. Acta Oto-Laryng., Stockh. 53 : 6, 546-550 (1961)
22. Farinacci, C.J., Fairchild, J.P., Sulak, M.H. and Gilpatrick, C.W. : Sarcomes botryoïdes - common bile duct. Cancer 9 : 408 (1956)
23. Flocks, R.H. and Boatman, D.L. : Incidence of head and neck metastases from genito-urinary neoplasms. Laryngoscope 83 : 9, 1527-1539 (1973)
24. Forster, F. : Ein Fall vom Marschwamm mit ungewöhnlich vielfacher Metastatischer Verbreitung. Virchows Archiv. Path. Anat. 13 : 271 (1858)
25. Friedmann, I. and Osborn, D.A. : Metastatic tumors in the ear, nose and throat region. J. Laryng. 79 : 576-591 (1965)
26. Gardner, A.F. : Metastatic neoplasms to the oral regions from distant primary sites. J. Calif. Dental Ass. 40 : 498 (1964)
27. Geschickter, C.F. and Copeland, M.M. : Tumors of bone.
3rd edition (Philadelphia. J.B. Lippincott Company) 305-313 (1949)
28. Gignoux, M., Gignoux, B., Vauzelle, J.L., Woehrlé, R., Tran-Minh, V. et Perrin, P. : Métastases ethmoïdales d'un hypernéphrome bilatéral. J. F. O. R. L. 21 : 6, 520-522 (1972)
29. Guerrier, Y., Chotia, R. et Guerrier, B. : A propos des cancers secondaires en ORL et pathologie cervico-faciale : les métastases thyroïdiennes des tumeurs du rein. Cahiers d'ORL 9 : 1, 13-52 (1974)
30. Haroud, M. : Le carcinome hypernéphroïde. Med. et Hyg. 1033 : 1788-1790, Nov. (1972)
31. Harrison, M.S., Doey, W.D. and Osborn, D.A. : Intra-nasal metastasis from renal carcinoma. J. Laryng. Otol. 1 : 103-107 (1964)
32. Hatziotis, J.Ch., Constantinidou, H. and Papanayotou, P.H. : Metastatic tumors of the oral soft tissues. Oral Surg. 36 : 4, 544-550 (1973)
33. Horn, R.C., Jr. and Enterline, H.T. : Rhabdomyosarcoma : a clinicopathological study and classification of 39 cases. Cancer 2 : 181-199 (1958)
34. Lawrence, W., Jr., Jegge, J. and Foote, F.W., Jr. : Embryonal rhabdomyosarcoma. Cancer 17 : 361-376 (1964)

35. Linscheid, R.L, Soule, E.H. and Henderson, E.D. : Pleomorphic rhabdomyosarcoma of extremities and limb girdles : clinicopathologic study. *J. Bone and Joint Surg.* 47-A : 715-726, June (1965)
36. Lucas, R.B. : Metastatic tumors in the oral tissues. Pathology of tumors of the oral tissue, 2nd ed. (Edinburgh Churchill Livingstone), chapt. 29, 266-270 (1972)
37. Malek, G.H. and al. : Carcinoma of the prostate with unusual metastases. *Cancer* 24 : 194-197, July (1969)
38. Meyer, I. and Shklar, G. : Malignant tumors metastatic to mouth and jaws. *Oral Surg.* 20 : 3, 350-362 (1965)
39. Nelson, A.J. : Embryonal rhabdomyosarcoma. Report of 24 cases and study of the effectiveness of radiation therapy upon the primary tumor. *Cancer* 22 : 64-68, July (1968)
40. Norlin, R. : Two cases of hypernephroma metastases in the tonsil and nasal cavity respectively. *Pract. Oto. Rhin. Laryng.* 26 : 433-438 (1964)
41. Pack, G.T. and Eberhart, W.F. : Rhabdomyosarcoma of skeletal muscle. Report of 100 cases. *Surg.* 32 : 1023-1064, Dec. (1952)
42. Persson, P.A. and Wallenius, K. : Metastatic renal carcinoma (hypernephroma) in the gingiva of the lower jaw. *Acta Odont. Scand.* 19 : 289-295 (1961)
43. Portefield, J.F. and Zimmermann, L.E. : Rhabdomyosarcoma of the orbit : a clinicopathologic study of 55 cases. *Arch. Path. Anat.* 335 : 329 (1962)
44. Riopelle, J.L. and Theriault, J.P. : Alveolar rhabdomyosarcoma. *Ann. anat. path.* 1 : 88 (1956)
45. Robinson, E.R. and Stuteville, O.H. : Metastatic tumors to the tongue : review of the literature and report of a case. *Oral Surg.* 15 : 8, 980-985 (1962)
46. Rubin, Ph. : Cancer of the urogenital tract : kidney (locally advanced and metastatic renal adeno-Ca). *Jama* 204 : 7, 141-151, May 13 (1968)
47. Schrag, A.R. and Jordan, F.B. : Unusual metastasis from a primary hypernephroma. *Can. Med. Assoc. J.* 53 : 168-169 (1945)
48. Sellström, L.G. : Hypernephroma metastases in the ear and nose region. *Acta Oto-laryng.*, Stockh., 55 : 545-552 (1962)
49. Skinner, D.G. and al. : Diagnosis and management of renal cell carcinoma : a clinical and pathologic study of 309 cases. *Cancer* 28 : 1165-1177, Nov. (1971)
50. Smith, P.E., Krementz, E.T. and Chapman, W. : Metastatic cancer without a detectable primary site. *Am. J. Surg.* 113 : 633-637, May (1967)

51. Stewart, E.E. and Bruce, K.W. : Mandibular tumor metastatized from a hypernephroma : report of a case. *J. Oral Surg.* 11 : 252 (1953)
52. Stobbe, G.D. and Dargeon, H.W. : Embryonal rhabdomyosarcoma of head and neck in children and adolescents. *Cancer* 3 : 826 (1950)
53. Stout, A.P. : Rhabdomyosarcoma of skeletal muscle. *Ann. Surg.* 123 : 447 (1946)
54. Stout, A.P. and Lattes, R. : Tumors of the soft tissues. Atlas of tumor pathology, 2nd series, fasc. I, 133-144 (1967)
55. Sutow, W.W., Sullivan, M.P., Ried, H.L., Taylor, H.G. and Griffith, K.M. : Prognosis in childhood rhabdomyosarcoma. *Cancer* 25 : 1384-1390, June (1970)
56. Vrebos, J.E.R., Masson, J.K. and Harrisson, E.G. : Metastatic carcinoma of the mandible with primary tumor in the lung. *Am. J. Surg.* 102 : 1, 52-57 (1961)
57. Wagh, D.G. and al. : Renal cell carcinoma : a review of 256 cases. *J.Surg. Oncol.* 2 : 23-32 (1970)
58. Walther : Krebs Metastasen. Ed. Schwabe, Bâle (1948)
59. Weyeneth, R. et Tuchschnid, D. : Cancer du rein. *Med. et Hyg.* 756 : 1162-1166, Nov. (1966)
60. Wheelock, M.C., Frable, W.J. and Urnes, P.D. : Bizarre metastases from malignant neoplasms. *Am. J. Clin. Path.* 37 : 475-490 (1962)

